

БИЛИОБИЛИАРНЫЕ СВИЩИ

*С.Н. Хунафин, А.Ф. Власов, А.А. Нурмухаметов, И.Х. Гаттаров, В.Р. Булгаков,
Д.З. Аминев, Г.А. Мурзин*

*Кафедра скорой медицинской помощи и медицины катастроф ИПО
(зав. — проф. С.Н. Хунафин) Башкирского государственного медицинского университета,
городская больница № 18 (главрач — Д.М. Дмитриев), г. Уфа*

Билиобилиарные свищи образуются между желчным пузырем и гепатикохоледохом в результате длительно текущего воспалительного процесса и встречаются в 1,6—3,0% случаев всех внутренних желчных свищей [2, 3]. Диагностика и оказание хирургической помощи при билиобилиарных свищах представляют определенные трудности [5, 6, 7]. В патогенезе таких свищей ведущая роль отводится желчнокаменной болезни (ЖКБ). Камень желчного пузыря, располагающийся в области кармана Гартмана, способствует возникновению пролежня и формированию холецистохоледохеального соустья [1].

По мнению ряда авторов [4, 5], клиническая картина билиобилиарных свищей разнообразна, неспецифична и в большинстве случаев является случайной находкой во время операции на билиарной системе. Особую трудность вызывает выполнение оперативного вмешательства, связанного с риском повреждения гепатикохоледоха [4, 7].

Мы проанализировали результаты лечения в ЛПУ г. Уфы 27 женщин с билиобилиарными свищами за последние 25 лет. Возраст больных колебался от 15 до 89 лет, среди них 22 человека были старше 60 лет. В экстренном порядке госпитализированы 23 женщины, в плановом — 4. До 24 часов от начала заболевания поступили 4 человека, на 2—7-е сутки — 19. Длительность заболевания желчных путей варьировала от одного года до 10 лет. У 13 больных в анамнезе были указания на ЖКБ. Остальные (14) длительное время страдали хроническим холециститом с частыми приступами печеночной колики.

В большинстве случаев (18) наблюдалась клиника острого холецистита или холецистопанкреатита, сопровождавшегося повышением температуры, ознобом, выраженным болевым синдромом. У 17 больных определялась картина метаболемической желтухи, из них у 11 — с признаками холангита. У 8 пациентов четко пальпировался инфильтрат в правом подреберье. Уровень общего били-

рубина колебался от 28,6 до 248 мкмоль/л, лейкоцитоз со сдвигом влево был выявлен у 24 пациентов, анемия — у 14.

В целях обследования больных применялись ультразвуковая томография (УЗТ), внутривенная холецистохолангиография и прямые методы исследования желчных путей (эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография — ЭРПХГ, чрескожная чреспеченочная холангиография — ЧЧХГ). УЗИ не позволило выявить билиобилиарный свищ, и только с помощью прямых методов исследования (ЧЧХГ) у 2 больных была установлена данная патология по дефекту наполнения, образованному конкрементом в области шейки желчного пузыря и гепатикохоледоха. В одном случае диагноз установили по результатам холецистохолангиографии, и еще у одной пациентки билиобилиарный свищ был заподозрен на основании клинических и анамнестических данных. Итак, из 27 больных билиобилиарный свищ до операции был определен только у 4 человек.

Экстренные операции были выполнены 18 больным, отсроченные — 3, плановые — 6. В большинстве случаев (14) в желчном пузыре выявлялись хронические изменения и в 13 — флегмонозно-гангренозный холецистит. Как правило, в подпеченочном пространстве наблюдались воспалительный инфильтрат (18) и массивные спайки (9). У большинства больных с билиобилиарным свищом были обнаружены камни в желчном пузыре. У 22 пациентов на операции установлено расширение холедоха от 1,5 до 3 см (из них у 15 — холедохолитиаз, у 2 — стриктура холедоха). Диаметр свища колебался от 0,2 до 2,5 см. В 16 случаях в канале фистулы наблюдались желчные камни, из них в 8 — они были вклинены в гепатикохоледох и закрывали до 2/3 окружности общего желчного протока.

Всем больным была проведена холецистэктомия. У 21 больного удаление желчного пузыря сочетали с холедохотомией, из них у 2 было выполнено внутреннее дренирование. У 16 пациен-

тов из-за наличия гнойного холангита, сочетавшегося с холедохолитиазом, стриктурой холедоха, был наложен наружный дренаж общего желчного протока, в том числе по Керу — 5, Вишневному — 6 и по Пиковскому — 2 больным, транспеченочное дренирование правого желчного протока по Прадери—Смиту — одному, правого и левого печеночных протоков — 2. Реконструктивные операции проведены 2 больным. В одном случае холедохостомию сочетали с папиллосфинктеротомией. У 2 больных оперативное вмешательство начинали из лапароскопического доступа, но в связи с выраженным спаечным процессом, наличием плотного инфильтрата вынуждены были перейти на широкую лапаротомию.

Особый интерес представляет хирургическое лечение билиобилиарных свищей с использованием минилапаротомного доступа по методу Прудкова. Такие операции были выполнены 5 пациентам. У 2 из прооперированных большой дефект холедоха ликвидировали за счет кармана Гартмана, а у 5 — операцию завершили на Т-образном дренаже. Чтобы избежать повреждения гепатикохоледоха, у 5 больных вначале вскрывали просвет желчного пузыря и в последующем производили лечебные мероприятия изнутри с определением места и размеров свища. Далее удаляли желчный пузырь с сохранением его шейной части на расстоянии не менее 1,5 см, что в дальнейшем значительно облегчало закрытие свища путем наложения глухого шва или до дренажа желчного протока.

Множественные свищи имелись у 3 больных, при этом клинические симптомы напоминали клинику острого холедохопанкреатита. В одном случае соустье образовалось между стенкой желчного пузыря и двенадцатиперстной кишкой, поперечной ободочной кишкой и холедохом, в другом — между желудком и гепатикохоледохом, в третьем — между двенадцатиперстной кишкой и холедохом. В связи с выраженными воспалительными изменениями стенки двенадцатиперстной кишки на значительном протяжении и с отсутствием возможности ушить дефект стенки кишки без стенозирования мы были вынуждены дополнительно наложить гастроэнтероанастомоз с брауновским соустьем.

Тяжелое поражение гепатобилиарной системы, пожилой возраст, наличие сопутствующих заболеваний, безусловно, оказывали существенное влияние на течение послеоперационного периода.

Послеоперационные осложнения возникли у 7 (25,9%) больных, в том числе нагноение раны — у 5, несостоятельность швов холедоха — у 2. Из 27 прооперированных умерли 6 (22,2%) человек. Непосредственной причиной смерти у 5 пациентов явилась печеночно-почечная недостаточность, в одном случае — некупирующийся перитонит.

Таким образом, билиобилиарные свищи являются осложнением желчнокаменной болезни, протекают на фоне механической желтухи и холангита, отличаются трудностью диагностики и лечения и дают высокую послеоперационную летальность.

ВЫВОДЫ

1. При длительном течении желчнокаменной болезни существует опасность возникновения билиобилиарных свищей, не имеющих характерных признаков проявления, что определяет трудности их диагностики и лечения.

2. Проводимые эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, чрескожная чреспеченочная холангиография, внутривенная холедохолангиография позволяют у части больных установить до операции указанное осложнение желчнокаменной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вацян Э.Н. Наружные и внутренние свищи. — М., 1990.
2. Вахидов А.В., Алтыев Б.К., Артыков Б.Я.// Хирургия — 1993. — № 10. — С. 78—81.
3. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. — М., 1987.
4. Гальперин Э.И., Кузовлев А.Ф.// Хирургия. — 1998. — № 1. — С. 5—7.
5. Раднаев В.У., Загородный В.С. и др.// Вестн. хир. — 1996. — № 2. — С. 103—104.
6. Ревакин В.И., Василенко Ю.В., Гращенко С.А.// Хирургия. — 1996. — № 3. — С. 59—63.
7. Тимербулатов В.М., Гарипов Р.М.// Здрав. Баш. — 1997. — № 1—2. — С. 68—70.

Поступила 18.10.99.

BILIOBILIARY FISTULAS

S.N. Khunafin, A.F. Vlasov, A.A. Nurmukhametov,
I.Kh. Gattarov, V.R. Bulgakov, D.Z. Aminev,
G.A. Murzin

Summary

The results of the treatment of 27 patients with biliobiliary fistulas — serious complications of cholelithiasis which for the most part were not diagnosed before operations and were unexpected during interventions as to cholecystitis or mechanical jaundice are given. The operative treatment presents difficulties and should be directed both to the elimination of biliobiliary fistulas and to the correction of pathologic changes in biliary ducts. Five cases of successful treatment of biliobiliary fistulas by miniaccess are given. The postoperative mortality was 22,2%.